



Mi Vida, Mi Salud: **Manejando Enfermedades Crónicas** Bienvenido al PRE-Taller Encuesta de los participantes

Gracias por tomar unos minutos para contestar algunas preguntas breves. Aunque puede dejar preguntas en blanco, le animamos a contestar la encuesta completa.

La información resumida de todos los participantes nos ayudará a demostrar cómo este programa está sirviendo a las personas que se beneficiarán más. Sus respuestas son sumamente importantes.

Esta encuesta es la primera de una serie de tres partes. Habrá una encuesta Post-Taller al final del programa y una última encuesta de 6 meses después de haber completado el Taller Mi Vida, Mi Salud. Esta encuesta pregunta información básica acerca de usted. Al final de esta página, por favor escriba su nombre e información de contacto; esto es sólo con el propósito de emparejar su información de asistencia y contactarle para la Encuesta de Seguimiento de 6-Meses. Una vez que hemos emparejado esta información, su nombre será quitado de todas las encuestas que haya completado. Su nombre no estará grabado en ninguna fuente de datos.

Su encuesta se mantendrá confidencial. Sus respuestas no afectarán ninguno de los servicios o programas que está recibiendo. Si usted tiene alguna pregunta sobre lo que se le está pidiendo contestar, por favor pregúntele a su líder de grupo.

¡Gracias nuevamente por tomar el tiempo para completar esta encuesta importante!

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: Día () _____ - _____ Noche () _____ - _____

Correo Electrónico: _____

¿Cómo prefiere ser contactado? (Marcar todas las que correspondan):

O Correo

O Teléfono/día

O Teléfono/Noche

O Correo Electrónico

Funding provided by the U.S. Administration on Aging and managed by
the Massachusetts Executive Office of Elderly Affairs and the Department of Public Health

For Program Coordinator Use Only

Participant # _____

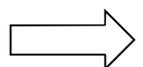
created: 5/2010

revised 8/2010

Pre-Workshop Survey Packet—Page 1 of 9

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Por favor dar vuelta



2 of 9



Mi Vida, Mi Salud:
Manejando Enfermedades Crónica
Encuesta PRE-Taller para participantes

Office Use Only

Received _____

AoA _____

DPH _____

Parte A. Encuesta de Información del Participante

Instrucciones:

Por favor, utilice un bolígrafo para responder las preguntas de ambos lados de este formulario. Imprima claramente. Por favor, rellene los círculos completamente, como este: ●

1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

		/			/	1	9		
Mes			Día			Año			

2. ¿Cuál es su género?

- Femenino
- Masculino

3. ¿Es usted de origen Hispano, Latino o de origen español?

- Si
- No
- Desconocido

4. ¿Cuál es su raza? (Marcar todas que corresponda).

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático o Asiático-Americano
- Negro o Africano-Americano
- Nativo Hawaiano o Pacífico
- Blanco /Caucásico
- Otra: _____

Por favor dar vuelta 

For Program Coordinator Use Only

Participant # ____ Facility Code _____ Workshop Start Date ____/____/____

Workshop Leaders _____

Parte A. Encuesta de Información del Participante—continuación

5. ¿Alguna vez le ha dicho un proveedor de salud que usted tiene algunas de las siguientes condiciones crónicas? (Marque todas que correspondan)

- Artritis / Enfermedad Reumática
- Enfermedad pulmonar (Asma, Enfisema, Bronquitis)
- Cancer
- Depresión o Ansiedad
- Diabetes
- Enfermedad del Corazón
- Hipertensión (Presión Arterial Alta)
- Derrame Cerebral
- Osteoporosis (Perdida de la Masa Ósea)
- Otras condiciones crónica. Describa: _____
- Estoy tomando este curso porque yo vivo con o cuido de alguien con una enfermedad crónica.
- Estoy tomando este curso por otro motivo : _____

_____ N° total de condiciones crónicas

6. ¿Cual es el código postal donde vive?

--	--	--	--	--

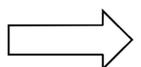
7. ¿Hoy en día, cuántas personas viven en su hogar (incluyendo usted)?

(Numero de personas)

8. ¿Ha tomado alguna vez un taller de auto-manejo personal de enfermedades crónicas?

- Si
- No
- Desconocido

Por favor dar vuelta



Parte A. Encuesta de Información del Participante - continuación

(Por favor recuerde rellenar los círculos completamente, como este: ●)

9. ¿Cómo se enteró del taller? Seleccione uno o más de las siguientes opciones:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Participante previo | <input type="radio"/> Centro de Ancianos |
| <input type="radio"/> Proveedor de Salud | <input type="radio"/> TV o radio |
| <input type="radio"/> Empleo | <input type="radio"/> Agencia de Servicios para Ancianos |
| <input type="radio"/> Centro de vivienda independiente | <input type="radio"/> Otra _____ |

10. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado ?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Menos de la escuela secundaria | <input type="radio"/> Alguna universidad o escuela vocacional |
| <input type="radio"/> Educación secundaria incompleta | <input type="radio"/> Colegio de Postgraduados |
| <input type="radio"/> Graduado de escuela secundaria | <input type="radio"/> Graduado de la Universidad |

11. ¿Es el Inglés es su primer idioma? Si No

** Si respondió "No", ¿cual otro idioma habla? _____

12. ¿Cuida usted de alguien con una condición crónica? Si No

13. ¿Usted utiliza un equipo especial como bastón o andador, o audífono de audición? Si No

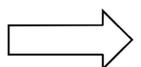
14. ¿Esta usted limitado en alguna actividad debido a problemas físicos o mentales?..... Si No

15. ¿Tiene algún seguro de salud? Si No

**En caso que dijera si, ¿cuál es su seguro de salud? (Por favor marque todas las que correspondan)

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Medicare | <input type="radio"/> Seguro privados. <i>Especificar:</i> _____ |
| <input type="radio"/> Medicaid | <input type="radio"/> Otros <i>Especificar:</i> _____ |
| <input type="radio"/> Veteranos | |

Por favor dar vuelta



Parte B. Encuesta de Información del Participante

Salud en General

1. En general, ¿diría que su salud es?

- Excelente
- Muy Bien
- Bien
- Regular
- Mal

2. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días le fue imposible hacer sus actividades habituales tales como, el cuidado personal, trabajo o recreación por causa de su pobre estado de salud física (esto incluye enfermedad física y lesiones) ?

_____ Días en el mes pasado

3. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días le fue imposible realizar sus actividades habituales tales como, el cuidado personal, trabajo o recreación por causa de su pobre estado de salud mental (esto incluye el estrés, la depresión y problemas emocionales)?

_____ Días en el mes pasado

Actividad Física

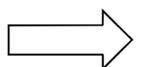
4. Durante la semana pasada, ¿además de su rutina diaria, usted hizo algunas otras actividades física o ejercicios, como caminar, montar en bicicleta, bailar, etc. ?

- Si
- No

5. ¿ Cuantos días de la semana pasada fue usted físicamente activo por lo menos 30 minutos (no tuvo que ser todo a la vez)? como caminar, montar en bicicleta, pasar la aspiradora, la jardinería o cualquier otra cosa que le cause respirar más rápido

_____ Días de la semana pasada

Por favor dar vuelta



Síntomas

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor, rellene el círculo por encima de UN número que describa sus síntomas durante la semana pasada. Cero indica ningún síntoma en absoluto.

(Por favor, recuerde rellenar los círculos completamente, como este: ●)

6. Estamos interesados saber si usted fue afectado o no por la fatiga.
 Seleccione el número que mejor describa su fatiga durante la semana pasada.

No	<input type="radio"/>	Fatiga										
Fatiga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Severa

7. Estamos interesados saber si usted fue afectado o no por el dolor.
 Seleccione el número que mejor describa su dolor durante la semana pasada.

No	<input type="radio"/>	Dolor										
Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Severa

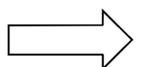
8. Estamos interesados saber si usted fue afectado o no por el estrés .
 Seleccione el número que mejor describa su estrés durante la semana pasada

No	<input type="radio"/>	Estrés										
Estrés	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Severo

9. Estamos interesados saber si usted fue afectado o no por problema de dormir.
 Seleccione el número que mejor describa su problema de dormir durante la semana pasada

No	<input type="radio"/>	Mucho										
Problema	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	problema
de dormir												de dormir

Por favor dar vuelta



Cuidado Médico- continuación

15. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha visitado un médico?
(**No** incluya las visita al hospital o sala de emergencia de un hospital)..... _____ visitas
16. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha ido a la sala de emergencia en un hospital?..... _____ veces
17. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue admitido a un hospital por una noche o más?..... _____ veces
18. En los últimos 6 meses, ¿cuántas noches pasó en el hospital? _____ noches
19. alguna de estas hospitalizaciones, ¿fue en un instituto de enfermería especializada, hospital convaleciente u otro centro de cuidado mínimo?
- Si
- No
-

¡Gracia por su ayuda!

Por favor dar vuelta

